
	ÖZEL VERSA HASTANESİ			
	HASTA BAKIMINDA KULLANILAN KATATER VE TÜPLERİN GÜVENLİ KULLANIM VE BAKIM TALİMATI			
DOK.KODU:HB.TL.14	YAYIN TR: 17.11.2021	REVİZYON NO:00	REVİZYON TARİHİ:00	SAYFA NO:1/19

1.0 AMAÇ

Hasta Bakımında kullanılan katater ve tüplerin güvenli kullanımını ve bakımını sağlamak.

2.0 KAPSAM

Hasta bakımında ve tedavisinde kullanılan katater ve tüpleri kapsar.

3.0 KISALTMALAR

NG; Nazogastrik sonda

4.0 SORUMLULAR



Başhekim, başhekim yardımcısı, Hekimler, Eczacı, Tüm sağlık çalışanları

5.0 TANIMLAR

6.0 FAALİYET AKIŞI: Endotrekeal Tüp; Endotrakeal Entübasyon: Translaringeal olarak (ağız veya burun yoluyla), trakea içine yerleştirilen bir tüp yoluyla hava yolu açıklığının sağlanması yöntemidir. Trakeal tüpler balonlu veya balonsuz olarak iki tiptir ve polivinil klorür veya silikon kauçuk yapıdadırlar. Disposable özellikte ve steril olarak tek tek paketlenmektedirler.

UYARILAR ve ÖNERİLER

- ✓ Endotrakeal tüp seviyesi ön dişler hizasından kadınlarda 20-21 cm, erkeklerde 21-23 cm olmalıdır.
- ✓ Entübasyon tüpüne bağlı lokal sorunlar gözlenmelidir.
- ✓ Ağız kenarı, burun ve yanak kronik zedelenmeye bağlı laserasyonlar yönünden gözlenmelidir.
- ✓ 24 saatte bir, ağız köşelerinde ülserasyonu önlemek amacıyla endotrakeal tüp yeri sağdan sola veya soldan sağa yer değiştirilmelidir.
- ✓ Endotrakeal tüpün takılma tarihi, numarası ve kaç cm'den tespit edildiği belirtilmelidir.
- ✓ Entübasyonlu hastaya ağız bakım protokolüne uygun olarak ağız bakımı verilir.
- ✓ Her temas öncesinde ve sonrasında eldiven giyilmiş olsun veya olmasın el hijyeni sağlanmalıdır.
- ✓ Hastanın solunum sekresyonlarının çevreye sıçrama ihtimali nedeni ile hasta ile temas sırasında temiz önlük giyilmelidir.
- ✓ Ağız bağı alt kısmına hastanın ağız çevresinde yara oluşumunu önlemek amacı ile steril uzaklaştırılmalıdır. Aynı önlük ile servis içinde dolaşmamalı ve başka bir hastaya bakım verilmemelidir. Spañ konulmalıdır
- ✓ **Araç Ve Gereçler :**
- ✓ ✓ Tedavi tepsisi
- ✓ Aspirasyon sondası
- ✓ Aspiratör
- ✓ Enjektör
- ✓ Böbrek küvet

	ÖZEL VERSA HASTANESİ			
	HASTA BAKIMINDA KULLANILAN KATATER VE TÜPLERİN GÜVENLİ KULLANIM VE BAKIM TALİMATI			
DOK.KODU: HB.TL.14	YAYIN TR: 17.11.2021	REVİZYON NO:00	REVİZYON TARİHİ:00	SAYFA NO:2/19

- ✓ Stetoskop
- ✓ Sargı bezi
- ✓ Non-steril eldiven ✓ Steril eldiven
- ✓ El dezenfektanı
- ✓ Ağız temizleme solüsyonu
- ✓ Makas
- ✓ Abeslang
- ✓ Nemlendirici losyon
- ✓ Rulo gazlı bez

Uygulama

- ✓ İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir.
- ✓ Eller uygun yıkanır.
- ✓ Non-steril eldiven giyilir.
- ✓ Hasta semi fowler pozisyonuna getirilir.
- ✓ Steteskopla akciğerlerin havalanması dinlenir.
- ✓ Endotrakeal tüp kafi enjektörle havası alınıp tekrar 15 cc ile şişirilir.
- ✓ Ağız içi, Aspirasyon uygun şekilde aspire edilir.
- ✓ “Ağız Bakımına” uygun ağız içi bakımı verilir.
- ✓ Tüp içi Aspirasyon uygun şekilde aspire edilir.
- ✓ Kirli tüp tespit bağı yenisi ile değiştirilir.
- ✓ Tüp seviyesi kontrol edilir.

ENTERAL BESLENME

Oral yolla beslenemeyen bireyin günlük beslenmesini tüp yoluyla devam ettirmek amacıyla yönelik standart bir yöntem belirlemektir. **Enteral beslenme:** Oral yolla yeterince veya hiç beslenemeyen bireyin beslenme sondaları veya yerleştirilen kateterler (PEG, PEJ) aracılığı ile günlük ihtiyacı olan besin maddelerinin karşılanmasına denir. Yapay beslenmenin bir şeklidir ve oral nutrisyonel destekler yanında nazogastrik/enteral veya perkutan (gastrik/jejunal) tüp yolu ile beslenmeyi içerir. Ana hedef sonuçları iyileştirmek için malnutrisyonun tedavi edilmesi ve önlenmesidir.



Enteral nutrisyon için endikasyonlar

Yedi günden daha fazla süre için yetersiz oral alımın olması,

Malnutrisyonda ya da malnutrisyona gireceği öngörülen hastalarda endikedir.

Beslenme Sondaları (Feeding); Sonda, bireyin durumu, uygulama türü, enteral beslenmenin süresine göre uzunluk, materyal, çap ve lümen farklılıklar gösterebilen materyallerdir.

Nazogastrik Yol: Burun boşluğundan mideye beslenme tüpü yerleştirilmesine nazogastrik yol denir.

	ÖZEL VERSA HASTANESİ			
	HASTA BAKIMINDA KULLANILAN KATATER VE TÜPLERİN GÜVENLİ KULLANIM VE BAKIM TALİMATI			
DOK.KODU: HB.TL.14	YAYIN TR: 17.11.2021	REVİZYON NO:00	REVİZYON TARİHİ:00	SAYFA NO:3/19

Oragastrik Yol: Ağızdan mideye beslenme tüpü yerleştirilmesine oragastrik yol denir.

Nazoduodenal Yol: Burun boşluğundan mideyi geçip oniki parmak barsağına beslenme tüpü yerleştirilmesine nazoduodenal yol denir.

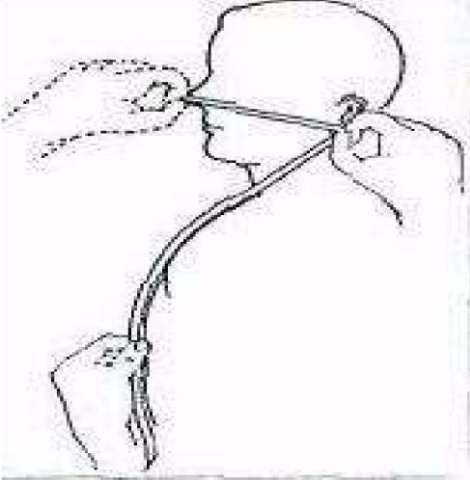
Oraduodenal Yol; Ağızdan mideyi geçip on iki parmak barsağına beslenme tüpü yerleştirilmesine oraduodenal yol denir.

Nazojejunal Yol: Burun boşluğundan mideyi ve on iki parmak barsağını geçip ince barsağa beslenme tüpü yerleştirilmesine nazojejunal yol denir.

Orajejunal Yol: Ağızdan mideyi ve oniki parmak barsağını geçip ince bağırsağa beslenme tüpü yerleştirilmesine orajejunal yol denir.

Tüpün Uzunluğunun Belirlenmesi

Yerleştirme Öncesi doğru şekilde uygun uzunluğun saptanması, tüpün ilerletilecek kısmının belirlenmesini sağlar. Nazogastrik uygulamada; tüp burun ucundan kulak memesine, oradan sternumun alt ucuna kadar uzatılarak ölçülür, uzunluğu belirlenir ve işaretlenir. Oragastrik uygulamada, tüp dudakların ortasından çene altına, oradan sternumun alt ucuna kadar uzatılarak, ölçülür, uzunluğu belirlenir ve işaretlenir.





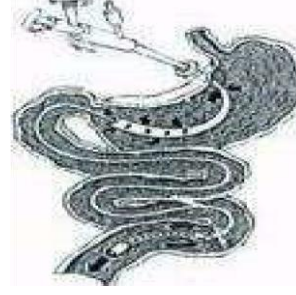
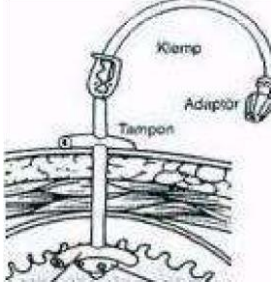
Gastrostomi; Karın cildinden mideye beslenme tüpü yerleştirilmesine gastrostomi denir.

PEG (Perkütan Endoskopik Gastrostomi): Bireye endoskopik yöntemle gastrostomi açılmasına denir.

PEJ (Perkütan Endoskopik Jejenostomi): Geniş lümenli PEG sondasının içinden daha ince lümenli bir sondanın endoskop yardımıyla mideden İnce barsağa kadar ilerletilmesine denir.

Jejunostomi: Karın cildinden ince barsağa beslenme tüpü yerleştirilmesine jejunostomi denir.

	ÖZEL VERSA HASTANESİ			
	HASTA BAKIMINDA KULLANILAN KATATER VE TÜPLERİN GÜVENLİ KULLANIM VE BAKIM TALİMATI			
DOK.KODU: HB.TL.14	YAYIN TR: 17.11.2021	REVİZYON NO:00	REVİZYON TARİHİ:00	SAYFA NO:4/19



Enteral Beslenme Uygulama Yöntemleri :

Bolus Besleme: Belli miktarda ürün belirlenmiş saat aralıklarıyla bir şırınga aracılığıyla yavaşça verilir. Ürünün kısa zaman periyodunda aralıklarla fazla miktarda hızlı bir şekilde verilmesidir. Uygulama hızı dakikada 30 ml'yi geçmemelidir. Dikkat edilmezse diyareye neden olur.

Aralıklı Besleme: 24 saat içinde bireyin alması gereken beslenme ürününün eşit parçalara bölünerek 3-6 defada verilmesidir. Her beslenme ürününün verilmiş hızı 30-90 dakika olmalıdır.



Sürekli İnfüzyon Besleme: Beslenme ürününün 16-24 saat süreyle kesintisiz olarak bir pompa sistemi ile bireye verilmesidir. Beslenme ürününün sürekli infüzyonu bolus uygulamadan daha iyi tolere edilir.

Gastrik Rezidü: Mide içeriğinin enjektöre çekilerek rezidüel volümün kontrol edilmesidir.

Sürekli beslemede son iki saatte verdiği miktarın yarısından fazlası, aralıklı beslemede 100 ml „den fazlası rezidüyü pozitif kılar. Rezidü için enjektöre çekilen mide içeriği mideye geri verilmelidir.

Uyarılar/ Öneriler



- ✓ Ellerinizi yıkamadan solusyonlar, setler hazırlanmamalıdır.
- ✓ Tüp yeri kontrol edilmeden (radyografik görüntülemeyle) beslenmeye başlanmamalıdır.
- ✓ Formüllerin ideal sıcaklığının 20-25c olması diyareyi önler.
- ✓ Bazı ilaçlar da (makrolid, antiasitler, atropin, metoklopramid vb.) diyareye neden olur.
- ✓ Enteral beslenme komplikasyonları olan;
- ✓ Bulantı/kusma, ishal (günde 3-4 kez, 500 ml/ 1 kez), distansiyon, karın ağrısı gibi komplikasyonlar açısından dikkatli olunmalıdır.
- ✓ Tüpün burundan/ağızdan çıktığı noktaya işaret konulmalı ve seviyesi her gün ve her beslemeden önce kontrol edilmelidir. Enteral nutrisyonun en sık gözlenen komplikasyonu (%50) tüp malpozisyonu/yer değiştirmesi olduğu unutulmamalıdır.

	ÖZEL VERSA HASTANESİ			
	HASTA BAKIMINDA KULLANILAN KATATER VE TÜPLERİN GÜVENLİ KULLANIM VE BAKIM TALİMATI			
DOK.KODU: HB.TL.14	YAYIN TR: 17.11.2021	REVİZYON NO:00	REVİZYON TARİHİ:00	SAYFA NO:5/19

- ✓ Bireyin başı, beslenirken ve beslenme bittikten sonra bir saat süre ile 30-45 derece yükseltilmelidir.
- ✓ Ürünün bolus verilme hızı yetişkinde 30, çocuklarda 20 ml/dak geçmemelidir. Gastrik beslemelerde tercih edilmelidir.
- ✓ Enteral beslenmeye saatte 10-20 ml beslenme ürünü verilerek başlanır, tolere ediyorsa 8-12 saatte bir 20 ml hızla artırılabilir. Tolere edilebilen maksimum verilmiş hızı genellikle 120 ml/saati aşmaz. Gastrik rezidüel volüm başlangıçta ve 6-8 saatte bir kontrol edilmelidir.
- Sürekli Beslenmede Gastrik Rezidü Takibi**
- ✓ Rezidü 200 ml/ saat veya 1 lt/günden fazla ise verilmiş hızı doktor istemine göre azaltılmalı veya beslenme sonlandırılmalıdır.
- ✓ Gastrik rezidüel volüm 6 saatte bir beslenme solüsyonuna 15-20 dk ara verilerek kontrol edilir. Gelen miktar ≤ 200 ml az ise kalori hedefine ulaşıldı ise hızı sabit tut veya iki katına arttır, > 250 ml ise doktor ile paylaşılarak gerekli müdahaleler yapılır.
- ✓ Beslenmeye 15- 20 dk ara verilmelidir. Mide içeriği enjektöre çekilmelidir. Rezidü pozitif ise beslenmeye bir saat ara verilir, miktar azalmış ise beslenmeye devam edilir.
- ✓ Rezidü miktarı yüksek ise beslenme kesilir, doktora haber verilir.
- ✓ Birinci gün 4 saatte bir, ikinci gün ve beslenme stabilleşince günde 4-6 defa rezidü takibi yapılır.
- ✓ Aralıklı beslenmede gastrik rezidü takibi her beslenmeden önce yapılır.
- ✓ Her gastrik rezidü takibinden sonra, beslenmeden önce ve sonra veya herhangi bir kesinti gerektiğinde en az 40 ml su verilerek tüp yıkanmalıdır.
- ✓ İnce lümenli tüpler kullanıldığında beslenme sırasında 4-6 saate bir yıkama yapılmalıdır.
- ✓ Birey aralıklı beslenecek ise sürekli infüzyonla hedeflenen doza ulaşıldıktan sonra aralıklı beslenmeye geçilmelidir.
- ✓ Aralıklı beslenme sadece gastrik beslenme için uygundur. Duedonal ve jejunal yolla yapılmamalıdır.
- ✓ Beslenme ürünü kapağı açılmadan son kullanma tarihine kadar, kapağı açıldıktan sonra buzdolabında 24 saat, oda ısısında 8 saat saklanabilir.
- ✓ Beslenme ürünü soğuk verilmemelidir.
- ✓ Beslenme seti her gün değiştirilmelidir.
- ✓ Beslenme setindeki ürün 8 saatte bir yenilenmelidir.
- ✓ Ürün yenileme öncesi, torba yıkanmalı, sonra yeni beslenme ürünü doldurulmalıdır (torbayı yıkamak için içme suyu kullanılmalıdır).
- ✓ Burun/ ağız tespit bandı her gün değiştirilmeli ve farklı yerlere yapıştırılmalıdır.
- ✓ Tüpten ek bir besin (pekmez, bal, meyve suyu vb) verilmemelidir.

Beslenme Tüpünden İlaç Verilmesi Gerekliyse;

İlaçları vermeden önce ve verdikten sonra ya da birden fazla ilaç verilmesi gerekiyorsa iki ilaç arasında en az 30 ml su verilerek tüp yıkanmalıdır. İlaçların önerilen verilmiş şekline (aç, tok) dikkat edilmelidir. İlaçlar ürünle karıştırılmamalıdır.



	ÖZEL VERSA HASTANESİ			
	HASTA BAKIMINDA KULLANILAN KATATER VE TÜPLERİN GÜVENLİ KULLANIM VE BAKIM TALİMATI			
DOK.KODU: HB.TL.14	YAYIN TR: 17.11.2021	REVİZYON NO:00	REVİZYON TARİHİ:00	SAYFA NO:6/19

Enteral ürünlerle birlikte; Fenitoin sodyum (Eptantoin, Hidantin vb), varfarin (Coumadin vb), tetrasiklinler (Monodoks, Tetra vb), florokinolon antibiyotikler (Avelox, Cipro, Tavanic, Menefloks, Sanset vb) gibi ilaçlar etkileşime neden olduğu için verilmemelidir.

Tüpüle beslenme sendromuna dikkat edilmelidir (dehidrasyon, diyare, osmatik diürez ve böbrek işlevlerinin bozulması).

✓ Refeeding sendromuna dikkat edilmelidir (hipofosfatemi, hipokalemi, hipomagnezemi, tiamin ve diğer vitaminlerin eksikliği, sıvı retansiyonu ile klinik bulgu verebilen bir beslenme yetersizliği sendromudur). İleri derecede malnutrisyonlu kişilerde hızlı ve fazla miktarda beslenmenin potansiyel olarak yaşamsal tehdit oluşturduğu unutulmamalıdır. **araç ve gereçler**

- ✓ Eldiven
- ✓ 2 adet çam ağaç ucu enjektör
- ✓ Su
- ✓ Bardak
- ✓ Enteral beslenme torbası
- ✓ Steteskop
- ✓ Tedavi tepsisi
- ✓ Uygun beslenme solüsyonu **Uygulama**
- ✓ İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir.
- ✓ Eller “el hijyenine uygun yıkanır. ✓ Non-steril eldiven giyilir.
- ✓ Hasta nazogastrik ile besleniyor ise; hastanın tüp seviyesine bakılır, steteskop ile tüpün yeri kontrol edilir.
- ✓ Enjektör sondaya takılarak mide içeriği enjektöre çekilir.
- ✓ Gelen içerik miktarı hasta için beklenen rezidü miktarına göre kontrol edilir.
- ✓ Rezidü beslenmeye engel değil ise çekilen mide içeriği hastaya geri verilir.
- ✓ Hastanın almış olduğu beslenme solüsyonu açılır. Eğer bir önceki beslenmeden kalan ve buzdolabında saklanan ürün kullanılacak ise; solüsyon beslemeden 1 saat önce oda ısısına çıkarılarak ısınması sağlanır.
- ✓ Hasta manuel besleniyor ise saat başı aldığı veya aralıklı verilen miktar kadar beslenme solüsyonu bardağa koyularak uygun süre ve hızda hastaya verilir
- ✓ Hasta beslenme pompası ile besleniyor ise; açılan solüsyon beslenme setinin haznesine 8 saat gidecek miktar kadar konular, beslenme seti yıkamalı ise diğer hazneye su konular. Setin havası alınır. Uygun beslenme ve yıkama dozu ayarlanarak beslenme solüsyon setinin ucu beslenme sondasına takılır.
- ✓ Açılan ürünün geri kalanı buzdolabında bir sonraki beslenme saatine kadar saklanır.
- ✓ İşlem “**Hemşire Gözlem Formu**”na kaydedilir.

	ÖZEL VERSA HASTANESİ			
	HASTA BAKIMINDA KULLANILAN KATATER VE TÜPLERİN GÜVENLİ KULLANIM VE BAKIM TALİMATI			
DOK.KODU: HB.TL.14	YAYIN TR: 17.11.2021	REVİZYON NO:00	REVİZYON TARİHİ:00	SAYFA NO:7/19

HEMODİYALİZ HASTALARINDA KANULASYON

Arter - ven fistül iğnelerini fistüle komplikasyonsuz ve uygun şekilde yerleştirmek. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların mevcut olan fistül veya greftine, arter ven iğnelerini, fistül iğnelerini yerleştirmeyi kapsar.

Arteriyovenöz (AV) fistül: Bir arter ile bir komşu venin subkutan anastomozu ile sağlanan damar yoludur. Non- dominant üst extremitede oluşturulmaktadır.

Arteriyovenöz (AV) greft: Arter ile ven arasına biyolojik, yarı biyolojik veya sentetik bir tüpün cilt altında kalacak şekilde anastomoz edilmesiyle sağlanan damar yoludur.

Thrill: Titreşim(Thrill) fistülden geçen yüksek kan akımının damar duvarına yaptığı etki ile oluşan ve fistülün çalıştığını gösteren titreşimlerdir.



Uyarılar Ve Öneriler

- ✓ Damar yollarını uzun süre kullanmak ve komplikasyonları önlemek için AV fistül ve AV greft dikkatle izlenir.
- ✓ AV fistül ya da AV greftte enfeksiyon belirtileri varsa iğne girişiminde bulunulmamalıdır.
- ✓ AV fistül veya grefti ilk kez kullanılacaksa deneyimli bir kişinin girişim yapması gerekir.
- ✓ AV fistül anastomozunda thrill olup olmadığı kontrol edilir. Thrill olmayan veya çok zayıf olan fistül kullanılmamalıdır.
- ✓ İlk kez kullanılacak greftlerde kan akım yönünü tespit etmek için cerrahi girişimi yapan hekimden damar haritası istenmelidir.
- ✓ İlk fistül kanülasyonu için 6-8 hafta beklenmeli ve 2 haftadan önce kanülasyondan kaçınılmalıdır. Sadece çok zorunlu durumlarda fizik muayene ile fistülün olgunlaştığı düşünülüyor ise 2 haftadan önce kanülas yon yapılabilir.
- ✓ Distal fistüllerin kullanımında daha sonraki fistül lokalizasyonları düşünülerek dirsek seviyesinden yukarı iğne girişleri yapılmamalıdır.
- ✓ AV fistüllerde girişim esnasında turnike kullanılabilir. Greftlerde kullanılmaz.
- ✓ Ağrıya duyarlı olan hastalarda kanulasyondan yaklaşık 30 dakika önce, anestezi etkili kremler kullanılabilir.
- ✓ Kanüle edilecek damar segmenti en az iğne uzunluğunda olmalıdır.
- ✓ Diyaliz esnasında thrill kaybı gözlemlendiğinde diyalize ara verilmeli, iğneler çıkartılmalı ve uygun şekilde masaj yapılmalıdır.

İğne girişleri her diyaliz esnasında değiştirilmelidir. Aynı yerden sürekli girişlerde damar kendini tamir imkanı bulamadığı için tromboz, anevrizma ve rüptür riski artacaktır. **Araç Ve Gereçler**

Gereçler



- ✓ Arter ven iğnesi (16 numara) ilk uygulamada 17 numara
- ✓ %10'luk povidon iyod
- ✓ Steril gazlı bez
- ✓ Flaster

	ÖZEL VERSA HASTANESİ			
	HASTA BAKIMINDA KULLANILAN KATATER VE TÜPLERİN GÜVENLİ KULLANIM VE BAKIM TALİMATI			
DOK.KODU: HB.TL.14	YAYIN TR: 17.11.2021	REVİZYON NO:00	REVİZYON TARİHİ:00	SAYFA NO:8/19

- ✓ Steteskop
- ✓ Enjektör
- ✓ Turnike
- ✓ % 0,9 NaCl

İşlem Basamakları

- ✓ Hastanın kolunun altına kol altı alezi yerleştirilir.
 - ✓ Eller “El Hijyenine uygun yıkanır. ✓ Eldivenler giyilir.
 - ✓ Damar giriş yolu tespit edilir (AV fistül ya da AV greft).
 - ✓ AV greftlerde kan akım yönü tespit edilir (damar haritası yoksa greftin her iki tarafı elle palpe edilir veya steteskop ile dinlenir (Thrill'in fazla olduğu taraf arterdir).
 - ✓ AV fistül ya da AV grefti enfeksiyon yönünden (ısı artışı, şişlik, kızarıklık, akıntı) gözlenir, enfeksiyon varsa kullanılmamalıdır. Hekim ile işbirliği yapılmalıdır.
 - ✓ Fistülde anevrizma olup olmadığı gözlenir.
 - ✓ Hastaya fistüllü kolda ağrısı olup olmadığı sorgulanır.
 - ✓ Damar giriş yolunun giriş yönleri tespit edilir.
 - ✓ Povidon iyotlu steril spanç ile iğne yerleştirilecek bölge içten dışa dairesel hareketlerle veya yukarıdan aşağıya doğru tek bir hareketle silinir. İyot alerjisi olan hastalarda %70 alkol kullanılır.
- Cilt, iğnenin giriş yönünün tersine gerdirilir. Gerekirse turnike kullanılır.
 - AV fistüllere yaklaşık 20-35 derecelik açı ile greftlere yaklaşık 45 derecelik açı ile iğne yerleştirilir.
 - Arter fistül iğnesi anastomozdan en az 3 cm uzağa yerleştirilir.
 - Arter iğnesi anastomoz yönünde (distal) girilir (ender durumlarda proksimal yönde de girilebilir). Her iğne girişimi bir öncekinin üstünden veya altından yapılır. (ip merdiven ya da düğme deliği ponksiyonu) □ Hematom olup olmadığına bakılır. Hastaya ağrısı olup olmadığını sorulur.
 - Hematom olursa iğne çıkarılır, kanama duruncaya kadar bası uygulanır.
 - Tekrar iğne girişiminde bulunulur. Hematom olan bölgeye soğuk uygulama yapılır.
 - Damara girdikten sonra iğneden kan gelip gelmediği ve damar duvarına temas edip etmediği kontrol edilir.
 - İğnenin tamamı kan ile doldurulur, üzerindeki klemp ve kapağı kapatılır.
 - İğne alttan ve üstten güvenli bir şekilde flasterlenir. Sırası ile iğnenin üstünden bir kez, iğne kanatlarının altından kelebek şeklinde 1 kez, tekrar iğne üstünden 2 kez flasterlenir. İğnenin hortumu gevşek bırakılarak 10-15 cm mesafe yukarıdan tekrar flasterlenir. Gerekirse iğneye pozisyon vermek için gazlı bez ile desteklenir.
 - Ven iğnesi de aynı yöntem ile fistül iğnesi kesik ucu üste gelecek şekilde, arter iğnesine en az 5 cm uzaklığı ve daima proksimal yönde yerleştirilir.

	ÖZEL VERSA HASTANESİ			
	HASTA BAKIMINDA KULLANILAN KATATER VE TÜPLERİN GÜVENLİ KULLANIM VE BAKIM TALİMATI			
DOK.KODU: HB.TL.14	YAYIN TR: 17.11.2021	REVİZYON NO:00	REVİZYON TARİHİ:00	SAYFA NO:9/19

- Daha önce damara ulaşım güçlüğü olduğu bilinen hastaların ven fistül iğnesine 10 cc'lik enjektör ile % 0.9 NaCl verilir ve enjektörü fistül iğnesinin ucunda bırakılır.
- Yapılan işlem “**Hemşire Gözlem Formu**”na kaydedilir

MEKANİK VENTİLASYONDAKİ HASTANIN TAKİP

Gelişebilecek komplikasyonları erken teşhis ederek mekanik ventilasyonun devamını sağlamak. hastanın yaşamsal fonksiyonlarını, ventilatör cihazının mod, okunan parametre ve alarmlarının takibini, gelişebilecek komplikasyonlar yönünden takibini, yatağa bağımlı hastanın bakım için gerekli protokollerini uygulama ve takibini kapsar.

Mekanik Ventilatör (Respiratör): Akciğerlerin işleyişini sağlamak amacıyla yapılmış mekanik cihazdır. **Mekanik Ventilasyon:** Mekanik ventilatör ile sağlanan solunum desteğidir.

Mekanik Ventilatör Modları

A- Kontrollü solunum (CMV = Continuous

Mandatory Ventilation) ✓ Kontrollü solunumda bütün aktivite ventilatördedir.

- ✓ Hastanın spontan solunumu yoktur, uygulanan programı değiştiremez.
- ✓ Tidal volüm, frekans, FiO₂ konsantrasyonu doktor tarafından belirlenir.
- ✓ Volüm ve basınç kontrollü olarak uygulanır.

B- Yarı solunum desteği veren ventilatör modları AMV (Asiste Mandatory Ventilation)

- ✓ Yardımcı zorunlu solunum modudur, hastanın spontan solunumu yetersizdir.
- ✓ İspirasyon fazını hasta başlatır, ventilatör desteği ile inspirasyon devam eder.
- ✓ Tidal volüm ventilatör tarafından, frekans ise hasta tarafından belirlenir.



A/C Ventilasyon (Asiste Control)

Ventilatör hastanın solunum eforuna cevap verir. Solunum eforu yoksa daha önceden belirlenen sayı ve hızda otomatik olarak solunumu devam ettirir. **IMV (İntermittent Mandatory Ventilation)**

Aralıklı zorlu solunum modudur. Spontan ve kontrollü solunum kombinasyonudur. Ventilasyon arasında hasta soluyabilir.

SIMV (Synchronize İntermittent Mandatory Ventilation)

Hastaya uyumlu aralıklı ventilasyon modudur. Spontan ve asiste kontrol (A/C) solunum kombinasyonudur. Alet ayarlanan solunum sayı ve volümü zorunlu olarak hastaya verir. Bu zorunlu solunumlar arasında hasta spontan solur, frekansı ve tidal volümü hasta kendisi belirler.

	ÖZEL VERSA HASTANESİ			
	HASTA BAKIMINDA KULLANILAN KATATER VE TÜPLERİN GÜVENLİ KULLANIM VE BAKIM TALİMATI			
DOK.KODU: HB.TL.14	YAYIN TR: 17.11.2021	REVİZYON NO:00	REVİZYON TARİHİ:00	SAYFA NO:10/19

PSV (Pressure Support Ventilasyon)

Basınç destekli ventilasyon modudur. Basınç doktor tarafından belirlenir. Tidal volüm ve frekansı hasta belirler. Solunum eforu olduğunda ventilatör tetiklenir ve solunumu destekler. Basınç belirlenen düzeye çıktığında inspirasyon sona erer, ekspirasyon başlar. **SIMV + PS**

Alet spontan solunuma istenen düzeyde basınç desteğinde bulunur.

C- Özel

Destek

Modları:

PEEP



- ✓ Ekspirasyon sonu pozitif basınç uygulamasıdır. Ekspirasyon sırasında küçük hava yolları açık tutulur, kollabe olmuş alveoller açılır.
- ✓ İnatçı hipoksi,
- ✓ Tekrarlayan atelektazilerde,
- ✓ Akciğer rezidüel kapasitenin azaldığı durumlarda endikedir.

CPAP

Sürekli pozitif basınç uygulamasıdır. Spontan solunumdaki hastalara uygulanır, etkisi PEEP gibidir.

UYARILAR ve ÖNERİLER

- Entübasyon sırasında veya öncesinde gerekiyorsa sedatif ajanlar verilerek birey sedatize edilebilir.
- Entübasyonda kadınlarda 7,5-8F, erkeklerde 8-8,5 F tüpler kullanılmalıdır.
Entübasyon sonrası tüpün seviyesi ön dişler hizasından kadınlarda 20-21 cm, erkeklerde 21-23cm olmalıdır.
Çocuklarda 1 yaş üstü Kafsız tüp numarası; yaş / 4 + 4, Kafli tüp numarası; yaş / 4+ 3,5 ile hesaplanmaktadır. Entübasyon tüpünün seviyesi ise iç çap x 3 formülüne göre belirlenir.
- Akciğer grafisinde endotrakeal tüp seviyesi, karnının 2-3cm üstünde olmalıdır.
- Solunum devreleri, gözle görülebilir kirlenme veya mekanik fonksiyon bozukluğu olmadıkça rutin değiştirilmemelidir.
- Solunum devrelerinde biriken sıvı düzenli olarak boşaltılmalıdır. □ Nemlendirici kaplarında steril su kullanılmalıdır.
- Nemlendirici kaplar içindeki su azalında üzerine ekleme yapılmamalı, yeni nemlendirici kapla değiştirilmelidir. □ Nemlendirici filtreler, gözle görülebilir kirlenme mekanik fonksiyon bozukluğu olmadıkça rutin değiştirilmemelidir. Isıtıcı nemlendiricileri (humidifer) yerine, kontrendikasyon yoksa ısı-nem tutucu filtrelerin (HME) kullanımı önerilir.
- Aspirasyon süresi 15 sn geçmemeli, iki aspirasyon arasında 20-30 sn dinlenmesi sağlanmalı, her uygulamada 3 kereden fazla aspirasyon yapılmamalıdır.
- Solunum sekresyonları aspirasyonunda endotrekeal tüp içine gerekmedikçe sıvı verilmemelidir.

	ÖZEL VERSA HASTANESİ			
	HASTA BAKIMINDA KULLANILAN KATATER VE TÜPLERİN GÜVENLİ KULLANIM VE BAKIM TALİMATI			
DOK.KODU: HB.TL.14	YAYIN TR: 17.11.2021	REVİZYON NO:00	REVİZYON TARİHİ:00	SAYFA NO:11/19

- Hastada trakeostomi kanülü varsa stoma bakımında stoma çevresi %0.9 nacl ile silinir, steril gazlı bez ile kurulanır.
- Stoma bölgesi enfekte olmadığı sürece, pansumanında iyotlu bileşenler kullanılmamalıdır.
- Trakeostomi kanül çevresine antimikrobiyel topikal pomad kullanılmamalıdır.
- Endotrakeal tüp ile trakeostomi kanül bağları günde 1 kez ve her kirlenmeden sonra değiştirilmelidir.
- Trakeostomi bakımında, stoma alanındaki kanama, kızarıklık, ödem, koku ve hassasiyet değişiklikleri değerlendirilmeli ve kaydedilmelidir.
- Mekanik ventilasyonda izlenen hastanın baş yüksekliği kontrendikasyon (vertebra ve pelvis, yaralanma/ ameliyatları, hipotansiyon, enteral beslenme vb) yoksa 30-45 derece olmalıdır.
- ARDS gelişen hastalarda akciğer kapasitesini arttırmak için prone (yüz üstü) pozisyonu verilebilir.
- Deri bütünlüğü değerlendirilirken; endotrakeal tüpü olan hastaların ağız kenarları non invaziv maske kullanan hastalarda alın, burun, yüz basınç ülseri açısından gözlenmelidir

İletişimi sağlamak için;



Odadaki gereksiz sesler en aza indirilmeli. Hastanın yüzüne bakarak açık ve net konuşulmalı.

Dudak okuyabiliyorsa yavaş konuşulmalı. -Göz iletişimi (sorulara göz açıp kapama ile evet /hayır şeklinde cevaplama) kurulmalıdır. Alfabe kelime ve resim gösterilen tahtalar ile iletişim kurulabilir.

Bireyin uyumasını kolaylaştırmak, için, girişim saatleri düzenlenmeli, rahat pozisyon verilmeli, yüksek sesle konuşulmamalı, alarm ses seviyeleri ve ışık azaltılmalıdır. Yoğun bakım ünite ısı seviyesi(22-24) derece ayarlanmalıdır.

Mekanik Ventilasyonda Görülebilecek Sorunlar ve Komplikasyonlar: Sorunlar Yüksek basınç alarmı

- ✓ Pozisyon
- ✓ Sekresyon
- ✓ Endotrakeal tüpün trakea"ya dayanması
- ✓ Bronkospazm
- ✓ Öksürük
- ✓ Havayolu veya tüpte tıkanıklık
- ✓ Akciğer kompliansında azalma sebebiyle olabilir. **Girişimler**
- ✓ Ventilatör bağlantılarının kıvrılıp kıvrılmadığı kontrol edilir.
- ✓ Hastanın şuur durumu kontrol edilip, şuur açık ise ventilatör moduna ve doktor direktifine göre sedasyon sağlanır.
- ✓ Korku, ağrı ve hipoksi gibi hastanın ajitasyonuna neden olan faktörlerin olup olmadığı belirlenir.

	ÖZEL VERSA HASTANESİ			
	HASTA BAKIMINDA KULLANILAN KATATER VE TÜPLERİN GÜVENLİ KULLANIM VE BAKIM TALİMATI			
DOK.KODU: HB.TL.14	YAYIN TR: 17.11.2021	REVİZYON NO:00	REVİZYON TARİHİ:00	SAYFA NO:12/19

✓ Hava yolunda sekresyon varsa hasta aspire edilir.

✓ Tüp seviye kontrolü yapılır.

Düşük basınç alarmı

✓ Ventilatör bağlantılarında kaçak olması

✓ Entübasyon tüpü veya trakeostomi kanülünün yerinde olmaması

✓ Cuff basıncının düşük olması

✓ Ventilatörde arıza olması gibi

nedenlerden olabilir. **Girişimler**

✓ Ventilatör bağlantıları kontrol edilir, kaçak varsa önlenir.

✓ Hastanın toleransına bağlı gelişmiş ise uygun solunum moduna alınır.

✓ Tüpün cuffu kontrol edilir, basıncı düşük ise şişirilir.(25-30 mmH₂O)

✓ Tüp yerinde değilse değiştirilir.

Düşük - volüm alarmı

✓ Cuff problemleri

✓ Ventilatör bağlantılarında kaçak

✓ Alarm limitlerinin doğru düzenlenmemiş olması nedeniyle olabilir.

Girişimler

✓ Tüpün pozisyonu değerlendirilir, kıvrım varsa düzeltilir.

✓ Cuff basıncı değerlendirilir.

✓ Ventilatör bağlantıları kontrol edilir. **Komplikasyonlar:**

Tüp ile ilgili komplikasyonlar

✓ Entübasyon tüpünün özefagusa girmesiyle yetersiz ventilasyon ve hipoksemi

✓ Uzun süreli entübasyon ile larenks travması

✓ Tüpün sağa veya sola kayması ile hiperventilasyon, atelettazi ve pnömotoraks ✓ Cuffun aşırı şişirilmesi ile trakeal iskemi, nekroz.

✓ Cuff kaçağı ile hava yollarındaki basıncın düşmesi sonucu yetersiz ventilasyon ve hipoksemi.



✓ Trakeostomi kanülünün giriş yerinde enfeksiyon

✓ Ağız ve burun bölgesinde yara

Mekanik ventilasyon ile ilgili komplikasyonlar

✓ Barotravma (Pnömotoraks)

✓ Su retansiyonu (Venöz dönüş zorlaştığında balans pozitif kayar, hiponatremi sık görülür)

	ÖZEL VERSA HASTANESİ			
	HASTA BAKIMINDA KULLANILAN KATATER VE TÜPLERİN GÜVENLİ KULLANIM VE BAKIM TALİMATI			
DOK.KODU: HB.TL.14	YAYIN TR: 17.11.2021	REVİZYON NO:00	REVİZYON TARİHİ:00	SAYFA NO:13/19



- ✓ Kardiak aritmiler (Atrial taşikardiler sık görülür)
- ✓ Aspirasyon (Aspirasyon pnömonisi)
- ✓ Gastrointestinal sistem ülserasyon ve kanamalar.
- ✓ Derin ven trombozu
- ✓ Nazokomiyal enfeksiyonlar
- ✓ Asit- baz dengesinde bozulma
- ✓ O2 yoğunluğunun yüksek olmasına bağlı komplikasyonlar (%60'ın üstünde
- ✓ O2, pulmoner epiteli hasara uğrattır (ARDS) Kollaps ve atelektazi oluşur, bebeklerde göz retinası zarar görür.)

ARAÇ VE GEREÇLER

- Mekanik ventilatör
- Ventilatör devresi
- Ağız Bakımında kullanılan araç ve gereçler
- Aspirasyon Uygulamasında kullanılan araç ve gereçler
- Endotrakeal Tüp Bakımında kullanılan araç ve gereçler
- Trakeostomi Bakımında kullanılan araç ve gereçler
- Göz Bakımında kullanılan araç ve gereçler
- Hastaya Pozisyonu vermede Kullanılan araç ve gereçler
- Tam Vücut Silme Banyosunda gerekli araç ve gereçler

İŞLEM BASAMAKLARI:

- Hemşire mekanik ventilatörün hastaya bağlanmadan önce tüm filtre ve devrelerinin tam ve kontamine olmadan kurulumunu sağlar.
- Hastanın yaşam bulguları saat başı takip edilerek kaydedilir. Normal dışı değerler hekime bildirilir.
- Bireyin durumuna göre saatlik veya 8 saatlik aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılır. (bkz Aldığı Çıkardığı Sıvı Takip talimatı)
- Ventilatör modları her saat kontrol edilir ve Hemşire Gözlem Formu'na kayıt edilir.
- Hastanın Glasgow Koma Skalası değerlendirmesi saatlik olarak yapılır ve kayıt edilir.
- Hastaya ihtiyacına göre uygun aralıklarda ağız bakımı verilir.
- Hasta, ihtiyacına göre uygun aralıklarda aspire edilir. Sekresyonun rengi, miktarı vb. Hemşire Gözlem Formu'na kayıt edilir.
- Hastaya, ihtiyacına göre uygun aralıklarda göz bakımı yapılır
- Hastaya 2 saatte bir pozisyon verilir
- Hastaya günde bir kez ve gerektiğinde endotrakeal tüp bakımı yapılır
- Hastaya günde bir kez veya ihtiyacına göre trakeostomi bakımı yapılır
- Hastaya günde bir kez tam vücut silme banyosu uygulanır
- Yatak çarşafı günlük ve kirlendikçe değiştirilir, gergin ve kuru olması sağlanır.

	ÖZEL VERSA HASTANESİ			
	HASTA BAKIMINDA KULLANILAN KATATER VE TÜPLERİN GÜVENLİ KULLANIM VE BAKIM TALİMATI			
DOK.KODU: HB.TL.14	YAYIN TR: 17.11.2021	REVİZYON NO:00	REVİZYON TARİHİ:00	SAYFA NO:14/19

- Yapılan tüm işlemlerden sonra atıklar “Tıbbi Atık kutusuna atılır.
- Hastaya takılan kateterlerin takılma tarihi Hemşire Gözlem Formu’na kayıt edilir. Değişim günleri her gün kontrol edilerek gerekli durumlarda ve sürede değişimi sağlanır.
- Eller uygun yıkanır.
- Yapılan işlem “Hemşire Gözlem Formu”na kaydedilir

NAZOGASTRİK SONDA BAKIMI

NG sondanın yerinde olup olmadığını kontrol etmek, nazal kavitenin bütünlüğünü korumak, kateterin gastrointestinal mukozaya yapışmasını önlemek ve aktivasyonu sağlamaya **Araç**

Ve Gereçler



- Flaster (hipoalerjenik 4 cm boyunda, 2,5 cm enindeki flasterin dikey ortasından 2.5 cm kadar kesilir)
- Makas
- Alkol
- Steteskop
- Non steril eldiven
- Beslenme enjektörü
- Spanç
- Yumuşatıcı krem

UYGULAMA

- İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir.
- Eller “el hijyenine uygun yıkanır.
- Eldiven giyilir.
- Hastaya rahat pozisyon verilir.
- NGT nin girdiği burun deliğinde mukus varsa yumuşatıcı sürülür ve spanç ile temizlenir.
- Burun üstündeki flaster alkollü spanç ile çıkarılır ve flaster kalıntıları alkollü spanç ile temizlenir.
- Burun bölgesi kızarıklık, tahriş, ödem ve hassasiyet yönünden gözlenir.
- Sonda seviyesine dikkat ederek sonda dış yüzeyi alkollü spanç ile silinir, kurulanır ve tekrar tespit edilir.
- Sonda seviyesi ile ilgili şüphe varsa 5-10 cc hava verilerek, steteskop ile mide sesi dinlenir. □ Hasta ve refakatçisi; sondanın yerinden çıkmaması, tespit flasterin yerinden ayrılmaması konusunda bilgilendirilir.
- Yapılan işlem “**Hemşire Gözlem Formu**”na kaydedilir.

PERİFERİK VENÖZ KATETER TAKILMASI, AÇIKLIĞININ SAĞLANMASI VE BAKIMI

Damar yolunun açıklığının devamını sağlamak ve gelişebilecek enfeksiyonları önlemek amacıyla venöz kateter takılması, çıkarılması ve bakımını yapmak



	ÖZEL VERSA HASTANESİ			
	HASTA BAKIMINDA KULLANILAN KATATER VE TÜPLERİN GÜVENLİ KULLANIM VE BAKIM TALİMATI			
DOK.KODU: HB.TL.14	YAYIN TR: 17.11.2021	REVİZYON NO:00	REVİZYON TARİHİ:00	SAYFA NO:15/19

Tromboflebit: Damara uzun süre IV uygulama nedeni ile damar duvarında oluşan ödem, duyarlılık, ağrı ve kızarıklık ile bölgede oluşan ısı artışıdır.

Ğnfiltrasyon: Sıvının damar içi yerine damar çevresindeki subcutan dokuya sızmasıdır. Kızarıklık, şişlik, ödem ve soğukluk belirtileri vardır.

Ekstravazasyon: Vezikan ve iritan ajanların damar dışına sızarak doku harabiyeti yapmasıdır. **Uyarılar Ve Öneriler**

- ✓ Kateter bakımı tanımlama sıklığı her 8 saatte bir yapılır.
- ✓ Ekstremitede; dolaşım bozukluğu, motor ya da duyu kaybı, parapleji ve hemipleji, arterio venöz fistül, mastektomi varsa ve cerrahi girişim yapılacaksa ilgili ekstremitte kullanılmamalıdır.
- ✓ Girişim yapılacak bölge; kızarıklık, şişlik, ödem, hassasiyet, ağrı yönünden değerlendirilerek uygun ven seçilir. Venler sırasıyla el üstü, ön kol, dirsek ön yüz, ayak bileği ve kafa venlerinden seçilmelidir.
- ✓ Erişkin hastalarda venöz kateter için üst ekstremiteler tercih edilmeli, alt ekstremiteye zorunlu olmadıkça kateter takılmamalıdır. Ayaktaki venlerde flebit, damar tıkanması ve varis daha sık görülür. ✓ Çocuklarda PVK takılırken; el, ayak ve baş bölgesindeki venler tercih edilmelidir.
- ✓ Kateter takılacağı sırada steril kabından çıkarılmalı, aynı kateterle tekrar girişim yapılmamalıdır.
- ✓ CPR, hipovolemik şok, travma, ameliyat, kan nakli ve yüksek hacimli transfüzyonlarda 14 G - 16 G numaralı kateterler kullanılmalıdır.
- ✓ Erişkin hastalarda venöz kateter Enfeksiyon Kontrol Komitesinin belirlediği sürede değiştirilmelidir. Flebit veya infiltrasyon belirtileri varsa sürenin dolması beklenmemelidir.
- ✓ Venöz kateterin pansumanı nemlendiğinde, gevşediğinde ya da kirlendiğinde hemen değiştirilmelidir.
- ✓ hastalarda komplikasyon gelişmedikçe venöz kateterin değiştirilmesine gerek yoktur.
- ✓ Venöz kateterin sürekli açıklığını sağlamak için her kullanımdan sonra 5 ml %0,9 NaCl ile yıkanmalıdır.
- ✓ Venöz kateter takılmadan önce giriş yerine sürülen antiseptik solüsyonun kuruması beklenmelidir.
- ✓ Kullanılacak tespit flasteri iyi fiksasyon sağlamalı, nem birikimini azaltmalı, cildin hava almasını sağlamalı, su geçirmemeli, uygulanması ve çıkarılması kolay olmalıdır.
- ✓ Acil durumda takılan kateterler aseptik kurallara uyularak takıldığı düşünülerek 24 saatte, maksimum 48 saatte bir değiştirilmelidir.
- ✓ Kemoterapi uygulanacak hastalarda periferik venöz kateter takılması için üst ekstremitte ve daha çok el üstü tercih edilmelidir.
- ✓ Kateter pansumanı kirlendiyse kateter yerinden oynamayacak şekilde kirli tespit değiştirilir ve üzerine kateterin takıldığı tarih atılır. **Periferik Venöz Kateterin Takılması**

	ÖZEL VERSA HASTANESİ			
	HASTA BAKIMINDA KULLANILAN KATATER VE TÜPLERİN GÜVENLİ KULLANIM VE BAKIM TALİMATI			
DOK.KODU: HB.TL.14	YAYIN TR: 17.11.2021	REVİZYON NO:00	REVİZYON TARİHİ:00	SAYFA NO:16/19

Araç Ve Gereçler

- Periferik venöz kateter (PVK)
- Yedek periferik venöz kateter
- Antiseptik solüsyon (%70 „lik alkol veya %10 povidon iyot)
- Steril gazlı bez
- Non-steril eldiven
- Flaster
- %0,9 NaCl
- Enjektör □ Turnike □ Böbrek küvet
- Makas



UYGULAMA

- ✓ İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir.
- ✓ Eller uygun yıkanır. Eldiven giyilir.
- ✓ Girişim yapılacak ekstremitte değerlendirilerek uygun girişim bölgesi seçilir.
- ✓ Hastaya uygun olarak hastaya ve girişim yapılacak ekstremiteye uygun pozisyon verilir.
- ✓ Girişim bölgesinin 10-15 cm üzerinden turnike rahat çözülebilecek şekilde bağlanır.
- ✓ Girişim yerindeki ven palpe edilir.
- ✓ Girişimin yapılacağı bölge antiseptik solüsyonla steril gaz bezi ile yukarıdan aşağıya bir kez silinir.
- ✓ Girişimin yapılacağı bölge silindikten sonra tekrar palpe edilmemelidir; palpe edilirse işlem tekrarlanmalıdır.
- ✓ Periferik venöz kateter steril olarak açılır.
- ✓ Pasif elle girişim yapılacak bölge desteklenir.
- ✓ Periferik venöz kateter aktif ele alınarak kelebek kanatlar desteklenecek şekilde kavranır.
- ✓ Vene girmek için belirlenen alanın yaklaşık 1 cm altından ve vene paralel olarak damar yüzeyindeki deriye 30-45 derecelik açıyla girilir. Açı 15 dereceye kadar küçültülerek vene girilir.
- ✓ Ven içine girildiğinde kan durdurucu kapağın haznesine kan dolar. Kanın görülmesiyle vene girildiği anlaşılır.
- ✓ Kılavuz iğne, 1 cm geriye çekilerek esnek kanülün içine kan gelip gelmediği kontrol edilir, kan geliyorsa kılavuz iğne geri çekilir ancak tam çıkarılmaz.
- ✓ Pasif elle katetere basınç uygulanarak kılavuz iğne tamamen çıkarılır, aktif elle turnike çözülür. Kateterin kapağı kapatılır.
- ✓ Katetere 5 ml %0.9 NaCl verilerek kapağı kapatılır. ✓ PVK flasterle tespit edilir.
- ✓ Tespit üzerine kateterin takıldığı tarih kaydedilir.
Yapılan işlem „Hemşire Gözlem Formu“na kaydedilir.

Periferik Venöz Kateter Tıkanı İse;

Araç Ve Gereçler

%0,9 NaCl, 5 ml“lik enjektör(2 adet) , Non-steril eldiven

	ÖZEL VERSA HASTANESİ			
	HASTA BAKIMINDA KULLANILAN KATATER VE TÜPLERİN GÜVENLİ KULLANIM VE BAKIM TALİMATI			
DOK.KODU: HB.TL.14	YAYIN TR: 17.11.2021	REVİZYON NO:00	REVİZYON TARİHİ:00	SAYFA NO:17/19

UYGULAMA

- İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir.
- Eller uygun yıkanır. Eldiven giyilir. Enjektöre çekilmiş %0.9 NaCl ile kateter lümeni içindeki pıhtı geri çekilir.
- Pıhtı enjektör içine geldiğinde enjektör değiştirilir.
- Enjektöre çekilmiş yeni %0.9 NaCl ile kateter yıkanır.
- Kateter lümeni açılmıyorsa kateter çıkarılmalıdır.
- Atıklar uygun şekilde atılır. Eldiven çıkarılır.
- Yapılan işlem „**Hemşire Gözlem Formu**’na kaydedilir.

Periferik venöz kateter pansumanı; Araç Ve Gereçler

- ✓ Antiseptik solüsyon
- ✓ Steril gazlı bez
- ✓ Non-steril eldiven
- ✓ % 0,9 NaCl
- ✓ Makas, Flaster

UYGULAMALAR

- ✓ İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir.
- ✓ Eller uygun yıkanır. Eldiven giyilir.
- ✓ Kateter flasteri % 0,9 NaCl veya % 70 alkol ile ıslatılarak çıkartılır.
- ✓ Kateter giriş alanı kızarıklık, ağrı, kaşıntı, akıntı, şişlik, infiltrasyon ve tromboflebit yönünden değerlendirilir, bulgulardan biri gözlemlenirse kateter çıkartılır.
- ✓ Antiseptik solüsyonlu gazlı bez ile pansuman alanı kateter giriş yerinden dışa doğru dairesel hareketle silinir. Yapılan temizlik yeterli değilse işlem tekrarlanır.
- ✓ Her silme işleminde ayrı batikonlu gazlı bez kullanılır.
- ✓ Kuruması beklenir.
- ✓ Kuruduktan sonra alan, gazlı bez ile kapatılır ve flasterle tespit edilir.
- ✓ Atıklar uygun şekilde atılır. Eldiven çıkarılır.
- ✓ Yapılan işlem „**Hemşire Gözlem Formu**’na kaydedilir.

POSTOPERATİF DREN TAKİBİ



Drenajın devamlılığını sağlamaktır.

UYARILAR ve ÖNERİLER İlk 8 saatte saatlik olarak

Drenin yerinde olup-olmadığı, Gelen mayinin rengi, miktarı, kokusu ve kıvamı, Dren setinde kıvrılma olup olmadığı, Bağlantı yerinden ayrılıp ayrılmadığının takibi yapılır. Dolum sıklığına göre takibi düzenlenir. 24 saatlik gelen miktar kaydedilir. Birden fazla dren varsa numaralandırılır.

ARAÇ ve GEREÇLER

Eldiven, Perde veya paravan, Ölçekli kap

	ÖZEL VERSA HASTANESİ			
	HASTA BAKIMINDA KULLANILAN KATATER VE TÜPLERİN GÜVENLİ KULLANIM VE BAKIM TALİMATI			
DOK.KODU: HB.TL.14	YAYIN TR: 17.11.2021	REVİZYON NO:00	REVİZYON TARİHİ:00	SAYFA NO:18/19

İŞLEM BASAMAKLARI

- ✓ İşlem öncesi hasta ve yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir. ✓ Eller uygun yıkanır. Eldiven giyilir.
- ✓ Perde veya paravan çekilir.
- ✓ Dren seti klemplenir.
- ✓ Aseptik şartlara uygun olarak dren puarı veya torbası bağlantı yerinden ayrılır ve ölçekli kaba boşaltılır. ✓ Aseptik şartlara uygun olarak dren puarı veya torbası yerine bağlanır.
- ✓ Dreninin çalışıp çalışmadığı kontrol edilir.
- ✓ Vakum isteniyorsa negatif basınç sağlayın (hemovak dren, sıkılıp monte edilir).
- ✓ Dren yerine uygun olarak tespit edilir.
- ✓ Hasta ve yakını; drenin yerinden çıkmaması, bağlantı yerinden ayrılmaması, dren setinin kıvrılmaması konusunda bilgilendirilir.
- ✓ Eldiven çıkarılır. Atıklar uygun şekilde atılır.
- ✓ Yapılan işlem ve gelen miktar "Hemşire Gözlem Formu"na kaydedilir

TEMİZ ARALIKLI MESANE KATETERİ UYGULAMA



Belli aralıklarla kateter uygulayarak mesanenin boşaltılmasını ve fizyolojik mesane fonksiyonlarının geriye dönüşünü sağlamaktır. temiz aralıklı kateterizasyon uygulayarak böbrek fonksiyonlarını korumayı ve üriner sistem komplikasyonlarını önlemeyi kapsar. Ayrıca temiz aralıklı kateterizasyon uygulaması takibi hastanın ve ailesinin eğitimini yapmak.

Rezidüel idrar: İdrar yapıldıktan sonra mesanede kalan idrar miktarıdır.

Spontan iÇeme: Kendiliğinden, herhangi bir dış etki olmaksızın yapılan idrardır.

UYARILAR VE ÖNERİLER

- ✓ Temiz aralıklı kateterizasyon endikasyonu olan hastadan işlem öncesi idrar kültürü alınır.
- ✓ İşlem hakkında hasta ve ailesi bilgilendirilir.
- ✓ İşlem hekim önerisiyle her 4-6 saatte bir uygulanır. Sıklık, spontan işemenin başlamasına, rezidüel idrar miktarına göre belirlenir.
- ✓ Aldığı çıkardığı sıvı kontrolü yapılır.
- ✓ Aldığı sıvı 2000 cc ile kısıtlanır. Bu durum hastanın sıvı alımına ya da idrar çıkışlarına göre 200 cc azaltılır ya da artırılır.
- ✓ Kadınlarda 12-14-16-18 no, erkekte 16-18 no, çocuklarda 6-8-10 numaralı kateter kullanılır.
- ✓ Asepsi ve antisepsi kuralı ile çalışılır. İşlem aseptik kurallara uygun gerçekleştirilir. **Tak (Temiz Aralıklı Kateterizasyon) Uygulandığı Durumlar**
- ✓ Spinal kord yaralanmaları, Multipl skleroz,
- ✓ Kafa travması, Serebro vasküler hastalıklar,
- ✓ Beyin tümörleri, Poliomyelit,
- ✓ Disk hernisi, Pelvis travması ve cerrahisi,
- ✓ Çocuklarda santral sinir sistemindeki gelişme bozuklukları.

	ÖZEL VERSA HASTANESİ			
	HASTA BAKIMINDA KULLANILAN KATATER VE TÜPLERİN GÜVENLİ KULLANIM VE BAKIM TALİMATI			
DOK.KODU: HB.TL.14	YAYIN TR: 17.11.2021	REVİZYON NO:00	REVİZYON TARİHİ:00	SAYFA NO:19/19

ARAÇ VE GEREÇLER

- ✓ Kendiliğinden jelli kateter
- ✓ Ölçekli kap ya da idrar torbası
- ✓ Non- steril eldiven ✓ Antiseptik solüsyon
- ✓ Yatak koruyucu, Steril gazlı bez

İŞLEM BASAMAKLARI

- ✓ İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir. Soruları varsa yanıtlanır.
- ✓ Eller uygun yıkanır. Eldivenler giyilir. Perde ya da paravan çekilir.
- ✓ Hastaya uygun pozisyon verilir. Bayan hastalar için sırtüstü bacaklar dizlerden bükülür ve yana açılır. Erkek hastalar için sırt üstü ya da oturabiliyorsa yarı oturur pozisyon verilir.

Hasta kadın ise; sol elin baş ve işaret parmağı ile labia majör ve minörleri dışa ve yana doğru açılır. Sağ el ile labia minör ve majörleri antiseptik solüsyon dökülmüş steril gazlı bez ile yukarıdan aşağıya doğru silinir. Ölçekli kap ve kateter vulvanın altına yaklaştırılır. Kateteri açmadan önce içindeki kayganlaştırıcı jel patlatılarak kateter yukarı aşağı hareket ettirilir. Kateter steril şekilde açılır. Sol elle labia majörler aralanıp sağ elle kateter idrar deliğinden idrar gelene kadar yavaşça itilir. Sondanın dışta kalan ucu ölçekli kap ya da idrar torbasına takılır. İdrar gelmesi durduğunda yavaş hareketlerle kateter geri çekilir.

Hasta erkek ise; penisi tek elle 60-90 derece kaldırılır. Sünnet derisi 2,5 cm geriye çekilerek meatüs dışa doğru dairesel hareketlerle antiseptik dökülmüş gazlı bez ile silinir. Kateteri açmadan önce içindeki kayganlaştırıcı jel patlatılarak kateter yukarı aşağı hareket ettirilir. Kateter steril şekilde açılır. Sol el ile penis kavranıp göbeğe doğru çekilir. Sağ elle kateter idrar deliğinden idrar gelene kadar yavaşça itilir. Sondanın dışta kalan ucu ölçekli kap ya da idrar torbasına takılır. Eğer kateter düşer ya da sterilliği bozulursa yenisiyle değiştirilir. İdrar gelmesi durduğunda yavaş hareketlerle kateter geri çekilir. İdrar miktarı ölçülür. Atıklar uygun şekilde atılır.

Yapılan işlem ve çıkan idrar miktarı "Hemşire Gözlem Formu"na kaydedilir İdrarın miktarında, renginde, kokusunda değişiklik varsa hekimine bilgi verilir.

- **Hastanın yüksek riskli kateteri olması durumunda;**

Kateterin üzerine uyarı olarak kateterin adı, açılış tarihi, açan kişinin bilgileri kırmızı kalemle uyarıcı işaretlemeleri yapılır ve hemşire gözlem formuna kaydedilip nöbet devir tesliminde hemşire bilgilendirmesi yapılır.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Bölüm Kalite Sorumlusu	Kalite Yönetim Birimi	Başhekim